

ENDODIGEST CANTABRIA, S.L.P.

AUTORIZACIÓN DE LOS PACIENTES PARA LA RECOGIDA DE SUS INFORMES MÉDICOS

Don/Doña _____ con DNI _____

AUTORIZO la recogida de mis resultados/informes médicos: _____

A Don/Doña _____ con DNI _____

Solicito sean remitidos a la siguiente dirección e-mail: _____

Firma: _____